

FICHE D'INSCRIPTION ENFANT

UNE FICHE POUR CHAQUE ENFANT

ANNÉE SCOLAIRE 2016-2017

Nom : _____ Prénom (s) : _____
Date de naissance : _____ Sexe : M F
Lieu de naissance : _____
Dpt / Pays : _____

VIE SCOLAIRE

Mon enfant est déjà scolarisé :

Oui Nom de l'école : _____ Ville : _____
 Non

VIE PÉRISCOLAIRE

Date limite : 5 juillet 2016

⚠ Au-delà de cette date, l'admission de l'enfant sur tous les temps périscolaires y compris la restauration scolaire ne sera effective qu'à compter du 12 septembre 2016.

> Tout enfant âgé de moins de 4 ans ne pourra pas participer à plus de 2 temps d'accueil par jour.

Le périscolaire La restauration scolaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Irrégulier	A compter du
<input type="checkbox"/> PERISCOLAIRE du MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
<input type="checkbox"/> RESTAURATION SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sans porc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> PERISCOLAIRE du mercredi midi Pas de restauration le mercredi midi			<input type="checkbox"/>				_____
<input type="checkbox"/> PERISCOLAIRE du SOIR Sortie à 16 h 30 Sortie à 17 h 45	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Un choix est possible par jour

>> Sorties irrégulières (préciser jours) : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Pour toutes formes d'allergies, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation de certificat médical, la mise en place d'un PAI est obligatoire. Contacter le Centre Médico-scolaire et/ou le Directeur de l'école.

Médecin traitant : _____

Téléphone : / / / /

Allergie(s) alimentaire(s) : Non Oui, précisez

Allergie(s) médicamenteuse(s) : Non Oui, précisez

Allergie(s) autre(s) : Non Oui, précisez

Contre-indication médicale : Non Oui, précisez

Observations : _____

J'autorise les personnels à faire donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état, y compris une intervention chirurgicale, et à le transporter dans un véhicule de secours, jusqu'au Centre hospitalier universitaire ou à la clinique.

Date : _____

Signature : _____

RESPONSABLES DE L'ENFANT

	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Nom d'usage	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de naissance	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	N° : <input type="text"/> Rue : <input type="text"/> Ville : <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Téléphone : N° Portable :	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de l'employeur	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tél. professionnel	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autorité parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observations	Si l'enfant vit chez un tuteur, précisez les coordonnées du tuteur.	

AUTRE(S) CONTACT(S) AUTORISÉ(S)

(à venir chercher l'enfant et être prévenu en cas d'urgence)

	Contact 1	Contact 2	Contact 3
Nom d'usage	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone N° Portable	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>



Centre des Ecoles Publiques de Reims

Reims.fr